compensar | miplanilla.com

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS
No. Identificación: CC1010182353
Dirección: CRA 11 NO 2A -55
Telefono: 3332952
Correo: iberoiii@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8338370727

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS
Tipo y número de identificación	CC1010182353
Número de planilla	8338370727
Fecha pago	2019-11-12
Número de autorización pago	1000000401
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2019
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	358600
Total Intereses de Mora	0

PAGADA 8338370727

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	28300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	185400	1
EPS008	Compensar EPS	144900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010182353
APELLIDOS Y NOMBRES: MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1158480	1158480	1158480	0	144900	0	185400	0	28300	0

Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3014 2019	**C.D.P. No.:**	162	**Proceso al que pertenece:**	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
				Unidad a la que pertenece:	BAJA COMPLEJIDAD

Nombre del Contratista: MARITZA CAROLINA CHAPARRO HOYOS **C.C.** 1.010.182.353 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-03-01 **Fecha Terminación inicial:** 2019-03-31 **Valor Mensual:** $ 1.965.600 **Valor a cobrar:** $ 2.494.880

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.431.360	1786	2019-06-15	2019-10-01
2	$ 2.897.280	2333	2019-10-02	2019-11-30
3	$ 2.897.280	2792	2019-11-01	2019-12-31
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.558.400	$ 317.300	8332711762
2	MARZO	$ 2.558.400	$ 318.200	8333300116
3	ABRIL	$ 2.558.400	$ 316.900	83333919424
4	MAYO	$ 2.745.600	$ 347.800	8334876462
5	JUNIO	$ 2.340.000	$ 294.000	8335376585
6	JULIO	$ 2.808.000	$ 382.700	8335376585- 8336163502
7	AGOSTO	$ 2.639.744	$ 361.300	8336709104- 8337006772
8	SEPTIEMBRE	$ 2.897.280	$ 358.600	8337337469
9	OCTUBRE	$ 2.897.280	$ 358.900	8338003457- 8338078436
10	NOVIEMBRE	$ 2.494.880	$ 358.600	8338370727
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 15.912.000	$ 27.157.920	$ 26.497.984	$ 659.936

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICION DE PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-11-01 **Hasta:** 2019-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1) Realizar las actividades diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	Realizar las valoraciones y atencion terapeutica pertinente.
2	2) Realizar evaluaciones e intervención a usuarios con alteraciones en el desarrollo psicomotor y pacientes que presentan deficiencia en su sistema.	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.
3	3) Realizar las valoraciones de los pacientes de interconsultados de los diferentes servicios.	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.
4	4) Realizar tratamiento y seguimiento a los pacientes valorados.	Seguir guia e instructivos y protocolos establecidos por el servicio.
5	5) Dar pautas de manejo a las madres y/o familiares de los pacientes valorados	Dar indicaciones y recomendaciones para la terapia.
6	6) Ejecución del plan individual de habilitación / rehabilitación, en relación a las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u	Seguir con indicaciones de manual de bioseguirdad vigente.
7	7) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes.	Diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a las normas establecidas.
8	8) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del	Dar indicaciones y recomendaciones para manejo en casa.
9	9) Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad	diligenciar los formatos de manera adecuada de acuerdo a la normatividad.
10	10) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporte en bitacora e intranet.

Observaciones: SE CERTIFICAN 155 HORAS

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Maritza Chaparro
Firma del Contratista

C.C. 1.010.182.353 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ANGELA MARIA MENDOZA
CARGO:	Supervisora Contrato Servicios Complementarios
FIRMA	

Scanned by CamScanner